

社会保険労務士試験 特別措置に関する注意事項

- (1) 特別措置の申請にあたっては、受験案内「特別の措置」頁をご精読ください。また、認められる措置について、別紙「措置内容一覧表」をご参照ください。
- (2) 希望する措置等の記入漏れがないようにしてください。申請後(申込み後)に追加して申請することはできません。
- (3) 障害等の種類・程度・症状と希望する措置内容に合理性が認められ、かつ医師の診断書等の添付書類により、その必要性が客観的に確認できる措置についてのみ認めます。なお、不正防止・公平性の観点及び設備的・技術的制約・安全性の確保等により試験センターが対応できないと判断した措置は認められません。
- (4) 措置内容の審査は毎年の試験ごとに行うため、過去に認められた措置であっても、認められない可能性があります。
- (5) 試験センターより提出書類等の補完に関する指示があった場合は、指定された期日までに提出してください。期日までに書類の補完が行われない場合、特別措置の申請は認められません。
- (6) 受験に際し介助が必要な場合は、特別の措置を申請した上で、受験者自身が介助者を手配してください(試験の監督者等は、受験者の介助を行うことはできません。)。また、試験時間中の入室制限等、介助者の介助の範囲には制限があります。
- (7) 申請書は2枚に分かれています。必ず2枚とも提出してください。

申請方法について

1. インターネット申込みの場合

- ① 試験センターオフィシャルサイトから、「(入力用)特別措置申請書・注意事項・記載例(excelファイル).xlsx」をご自分のパソコン内等にダウンロードしてください。
- ② ダウンロードしたエクセルファイルに直接入力し、保存してください。保存した後に、エクセルのエクスポート機能を利用してPDFに変換してください。エクセルのままではアップロードできませんのでご注意ください。
- ③ 申込画面に表示される特別措置申請書の専用アップロード枠から②のPDFファイルをアップロードしてください。その他添付書類についても、専用のアップロード枠からアップロードしてください。

※ 手書きやパソコン入力後に印刷した紙をスキャン等したファイル(PDFまたはJPG)のアップロードも可。

2. 郵送申込みの場合

- ① 試験センターオフィシャルサイトから、「(印刷用)特別措置申請書・注意事項・記載例.pdf」をダウンロードし、印刷してください。
- ② 印刷した申請書に黒又は赤ボールペンで記入し、添付書類と併せて受験申込書に同封して送りください。

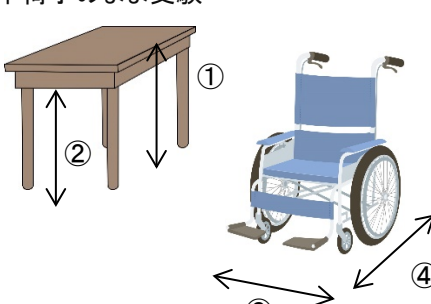
社会保険労務士試験 特別措置申請書

<別紙>「特別措置に関する注意事項」を確認し、同意のうえ、本紙に記載のとおり社会保険労務士試験の特別措置を申請します。

(1) フリガナ		(3)生年月日	年	月	日
(2) 氏 名					
(4) 過去の特別措置申請について	<input type="checkbox"/> あり(前回 年度試験)	(5)連絡先	本人の携帯等		
	<input type="checkbox"/> なし		自宅・勤務先等		
(6) 障害等の種類・程度・症状 ※当てはまるもののチェック欄に✓、または[]に記入してください。	視覚障害	<input type="checkbox"/> 全盲又は弱視力で、点字および音声読み上げの出題によってのみ受験が可能な者			
		<input type="checkbox"/> 良い方の眼の矯正視力が0.15未満の者			
		<input type="checkbox"/> 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が90%以上の者			
		<input type="checkbox"/> 一眼の矯正視力が0.02以下、他眼の矯正視力が0.6以下の者			
		<input type="checkbox"/> 上記以外の視覚障害を有する者 ⇒ 以下の[]に具体的にご記入ください。 []			
聴覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚に障害を有する者 ⇒ 以下の[]に具体的にご記入ください。 []				
	肢体障害	<input type="checkbox"/> 体幹又は上肢の機能障害を有する者で、健常者に比し筆記速度が著しく遅い者			
<input type="checkbox"/> 体幹又は上肢の機能障害を有する者で、指定した解答方法による解答が困難な者					
<input type="checkbox"/> その他の肢体障害を有する者 ⇒ 以下の[]に具体的にご記入ください。 []					
<input type="checkbox"/> 各種傷病	⇒具体的にご記入ください。 []				
<input type="checkbox"/> 妊娠中	⇒分娩予定日等をご記入ください。西暦 年 月 日 (試験当日:妊娠 か月))				

(7) 受験に際して希望する措置
 ※希望する措置のチェック欄に✓を付けてください。また、項目に応じて必要事項を選択及び記入してください。
 ※試験時間の延長、出題・解答方法に関する措置(太線枠内のグレーの塗り潰しの項目)を希望する場合は、必ず措置の必要性を明記した「医師の診断書(発行日3か月以内)」を提出してください。

区分	チェック欄	項目
視覚障害	<input type="checkbox"/>	点字による出題
	<input type="checkbox"/>	音声による出題(音声再生機器の持参使用) ※延長コード及び周辺機器もご持参ください。 ① 持参使用する機種 ※シナノケンシ(株)「プレクストーク」シリーズの下記機種に限ります。 <input type="checkbox"/> PTR1 <input type="checkbox"/> PTR2 <input type="checkbox"/> PTR3 <input type="checkbox"/> PTN1 <input type="checkbox"/> PTN2 <input type="checkbox"/> PTN3 ② 予備機 ※予備機については、持参する場合のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> PTR1 <input type="checkbox"/> PTR2 <input type="checkbox"/> PTR3 <input type="checkbox"/> PTN1 <input type="checkbox"/> PTN2 <input type="checkbox"/> PTN3 ③ 来場予定時間 ※8時30分から入場可能。9時35分までに受験者及び介助者で設置を完了してください。 [時 分に試験室前へ到着予定]
	<input type="checkbox"/>	点字による解答作成(点字器具の持参使用)
	<input type="checkbox"/>	パソコンを使用した解答作成(パソコン・プリンターの持参使用) ※延長コード及び周辺機器もご持参ください。
	<input type="checkbox"/>	試験時間の延長
	<input type="checkbox"/>	試験問題用紙の拡大(B5→A3)
	<input type="checkbox"/>	チェック式解答用紙による解答(マークシートに代わり、1センチ四方のマス目に印をつける解答用紙)
	<input type="checkbox"/>	窓側の席(明るい席)への配席
	<input type="checkbox"/>	廊下側の席(日光が直接当たらない席)への配席
	<input type="checkbox"/>	拡大鏡(ルーペ)等の持参使用 ※会場でコンセントを必要とするものは、延長コードもご持参ください。 ① 持参器具 <input type="checkbox"/> 拡大鏡(ルーペ) <input type="checkbox"/> 拡大読書器 <input type="checkbox"/> 照明器具 ② コンセント <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/>	自家用車・タクシー等での来場 ※会場の都合により、公共交通機関での来場に限定させていただく場合があります。 ① 車両情報 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー [車種: 車体色: 車両No.:] ② 駐車・送迎 <input type="checkbox"/> 駐車場必要 <input type="checkbox"/> 敷地内まで送迎 <input type="checkbox"/> 会場付近(敷地の外)まで送迎
	<input type="checkbox"/>	介助者の同行 ※会場の都合により、介助者の待機場所は、試験教室前の廊下等となる場合があります。 ① 介助者 [氏名: 続柄:] ② 介助者の当日の状況 <input type="checkbox"/> 会場内で待機する <input type="checkbox"/> 会場内で待機しない(行き帰りの送迎のみ等) ③ 介助内容 []

区分	チェック欄	項目
聴覚障害	<input type="checkbox"/>	補聴器又は人工内耳の装用 ※FM式補聴器を使用する方は、FM電波の受信機能を切ってください。 ① 右耳 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> なし ② 左耳 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	注意事項等の説明をすべて文書による伝達
	<input type="checkbox"/>	座席を前列に配席
肢体障害	<input type="checkbox"/>	試験時間の延長
	<input type="checkbox"/>	チェック式解答用紙による解答(マークシートに代わり、1センチ四方のマス目に印をつける解答用紙)
	<input type="checkbox"/>	杖の持参使用
	<input type="checkbox"/>	1階又はエレベーターのある建物での受験
	<input type="checkbox"/>	洋式トイレに近い試験室での受験
	<input type="checkbox"/>	障害者用トイレに近い試験室での受験
	<input type="checkbox"/>	車椅子の持参使用 (受験中は会場の椅子を使用) ⇒ 車椅子の種類 <input type="checkbox"/> 手動車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子
<input type="checkbox"/>	車椅子のまま受験  ① 着席して必要な床から机の天板までの高さ: _____ cm ② 着席して必要な床から机の天板下までの高さ: _____ cm (アームレストや膝を机の天板下に入れる際に必要な高さ) ③ 車椅子の横幅: _____ cm ④ 車椅子の奥行: _____ cm ⑤ 車椅子の種類 <input type="checkbox"/> 手動車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子	
<input type="checkbox"/>	自家用車・タクシー等での来場 ※会場の都合により、公共交通機関での来場に限定させていただく場合があります。 ① 車両情報 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー { 車種: _____ 車体色: _____ 車両No.: _____ } ② 駐車・送迎 <input type="checkbox"/> 駐車場必要 <input type="checkbox"/> 敷地内まで送迎 <input type="checkbox"/> 会場付近(敷地の外)まで送迎	
<input type="checkbox"/>	介助者の同行 ※会場の都合により、介助者の待機場所は、試験教室前の廊下等となる場合があります。 ① 介助者 { 氏名: _____ 続柄: _____ } ② 介助者の当日の状況 <input type="checkbox"/> 会場内で待機する <input type="checkbox"/> 会場内で待機しない(行き帰りの送迎のみ等) ③ 介助内容 { _____ }	
各種傷病	<input type="checkbox"/>	試験時間中の服薬 ⇒ 薬の種類 <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> その他 { _____ }
	<input type="checkbox"/>	タオルの持参使用
	<input type="checkbox"/>	1階又はエレベーターのある建物での受験
	<input type="checkbox"/>	洋式トイレに近い試験室での受験
妊娠中 ※「1枚目(6)分娩予定日」を必ず記入してください。	<input type="checkbox"/>	机と椅子が固定式でない座席への配席
	<input type="checkbox"/>	1階又はエレベーターのある建物での受験
【特筆事項】その他特筆すべき事項がある場合は、この欄に具体的に記入してください(本人以外を本件に関する連絡先とする場合など)。		

(8) 添付書類

※本申請書に添付する書類を以下から選択し、チェック欄に✓を付けてください。

※医師の診断書について、写しの場合必要に応じ原本の提出を求める場合があります。

- 医師の診断書またはその写し(申込前3か月以内発行のもの) 身体障害者手帳の写し
 精神障害者保健福祉手帳の写し 特定医療費(指定難病)受給者証又は特定疾病療養受療証の写し
 自立支援医療(費)受給者証の写し 母子健康手帳の写し
 持ち込みを希望する物品の写真資料

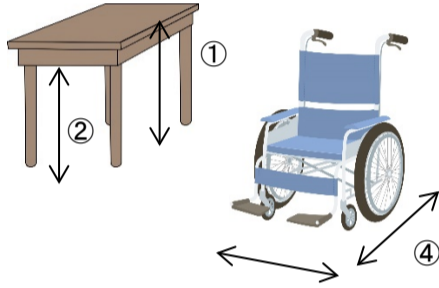
社会保険労務士試験 特別措置申請書

<別紙>「特別措置に関する注意事項」を確認し、同意のうえ、本紙に記載のとおり社会保険労務士試験の特別措置を申請します。

(1) フリガナ	レンゴウカイ キョウコ			(3)生年月日	1990	年	1	月	1	日	
(2) 氏名	連合会 京子										
(4) 過去の特別措置申請について	<input checked="" type="checkbox"/> あり(前回 R6 年度試験)	(5)連絡先	本人の携帯等	090-1111-111							
	<input type="checkbox"/> なし		自宅・勤務先等								
(6) 障害等の種類・程度・症状 ※当てはまるもののチェック欄に✓、または[]に記入してください。	視覚障害	<input type="checkbox"/> 全盲又は弱視力で、点字および音声読み上げの出題によってのみ受験が可能なる者									
		<input checked="" type="checkbox"/> 良い方の眼の矯正視力が0.15未満の者									
		<input type="checkbox"/> 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が90%以上の者									
		<input type="checkbox"/> 一眼の矯正視力が0.02以下、他眼の矯正視力が0.6以下の者									
		<input type="checkbox"/> 上記以外の視覚障害を有する者 ⇒ 以下の[]に具体的にご記入ください。	[]								
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚に障害を有する者 ⇒ 以下の[]に具体的にご記入ください。	[]								
肢体障害	<input type="checkbox"/> 体幹又は上肢の機能障害を有する者で、健常者に比し筆記速度が著しく遅い者										
	<input type="checkbox"/> 体幹又は上肢の機能障害を有する者で、指定した解答方法による解答が困難なる者										
	<input checked="" type="checkbox"/> その他の肢体障害を有する者 ⇒以下の[]に具体的にご記入ください。	[下肢機能障害 1 級]									
<input type="checkbox"/> 各種傷病	⇒具体的にご記入ください。	[]									
<input type="checkbox"/> 妊娠中	⇒分娩予定日等をご記入ください。西暦 年 月 日 (試験当日:妊娠 か月)										

(7) 受験に際して希望する措置
 ※希望する措置のチェック欄に✓を付けてください。また、項目に応じて必要事項を選択及び記入してください。
 ※試験時間の延長、出題・解答方法に関する措置(太線枠内のグレーの塗り潰しの項目)を希望する場合は、必ず措置の必要性を明記した「医師の診断書(発行日3か月以内)」を提出してください。

区分	チェック欄	項目
視覚障害	<input type="checkbox"/>	点字による出題
	<input type="checkbox"/>	音声による出題(音声再生機器の持参使用) ※延長コード及び周辺機器もご持参ください。 ① 持参使用する機種 ※シナノケンシ(株)「プレクストーク」シリーズの下記機種に限りませ。 <input type="checkbox"/> PTR1 <input type="checkbox"/> PTR2 <input type="checkbox"/> PTR3 <input type="checkbox"/> PTN1 <input type="checkbox"/> PTN2 <input type="checkbox"/> PTN3 ② 予備機 ※予備機については、持参する場合のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> PTR1 <input type="checkbox"/> PTR2 <input type="checkbox"/> PTR3 <input type="checkbox"/> PTN1 <input type="checkbox"/> PTN2 <input type="checkbox"/> PTN3 ③ 来場予定時間 ※8時30分から入場可能。9時35分までに受験者及び介助者で設置を完了してください。 [時 分に試験室前へ到着予定]
	<input type="checkbox"/>	点字による解答作成(点字器具の持参使用)
	<input type="checkbox"/>	パソコンを使用した解答作成(パソコン・プリンターの持参使用) ※延長コード及び周辺機器もご持参ください。
	<input checked="" type="checkbox"/>	試験時間の延長
	<input type="checkbox"/>	試験問題用紙の拡大(B5→A3)
	<input checked="" type="checkbox"/>	チェック式解答用紙による解答(マークシートに代わり、1センチ四方のマス目に印をつける解答用紙)
	<input type="checkbox"/>	窓側の席(明るい席)への配席
	<input checked="" type="checkbox"/>	廊下側の席(日光が直接当たらない席)への配席
	<input checked="" type="checkbox"/>	拡大鏡(ルーペ)等の持参使用 ※会場でコンセントを必要とするものは、延長コードもご持参ください。 ① 持参器具 <input type="checkbox"/> 拡大鏡(ルーペ) <input checked="" type="checkbox"/> 拡大読書器 <input type="checkbox"/> 照明器具 ② コンセント <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/>	自家用車・タクシー等での来場 ※会場の都合により、公共交通機関での来場に限定させていただく場合があります。 ① 車両情報 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー [車種: 車体色: 車両No:] ② 駐車・送迎 <input type="checkbox"/> 駐車場必要 <input type="checkbox"/> 敷地内まで送迎 <input type="checkbox"/> 会場付近(敷地の外)まで送迎
	<input type="checkbox"/>	介助者の同行 ※会場の都合により、介助者の待機場所は、試験教室前の廊下等となる場合があります。 ① 介助者 [氏名: 続柄:] ② 介助者の当日の状況 <input type="checkbox"/> 会場内で待機する <input type="checkbox"/> 会場内で待機しない(行き帰りの送迎のみ等) ③ 介助内容 []

区分	チェック欄	項目
聴覚障害	<input type="checkbox"/>	補聴器又は人工内耳の装用 ※FM式補聴器を使用する方は、FM電波の受信機能を切ってください。 ① 右耳 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> なし ② 左耳 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	注意事項等の説明をすべて文書による伝達
	<input type="checkbox"/>	座席を前列に配席
肢体障害	<input type="checkbox"/>	試験時間の延長
	<input type="checkbox"/>	チェック式解答用紙による解答(マークシートに代わり、1センチ四方のマス目に印をつける解答用紙)
	<input type="checkbox"/>	杖の持参使用
	<input checked="" type="checkbox"/>	1階又はエレベーターのある建物での受験
	<input type="checkbox"/>	洋式トイレに近い試験室での受験
	<input checked="" type="checkbox"/>	障害者用トイレに近い試験室での受験
	<input type="checkbox"/>	車椅子の持参使用(受験中は会場の椅子を使用) ⇒ 車椅子の種類 <input type="checkbox"/> 手動車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子
<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子のまま受験  ① 着席して必要な床から机の天板までの高さ: <u>80</u> cm ② 着席して必要な床から机の天板下までの高さ: <u>65</u> cm (アームレストや膝を机の天板下に入れる際に必要な高さ) ③ 車椅子の横幅: <u>65</u> cm ④ 車椅子の奥行: <u>67</u> cm ⑤ 車椅子の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 手動車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子	
<input checked="" type="checkbox"/>	自家用車・タクシー等での来場 ※会場の都合により、公共交通機関での来場に限定させていただく場合があります。 ① 車両情報 <input checked="" type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー 〔 車種: <u>トヨタ ハイエース</u> 車体色: <u>グレー</u> 車両No.: <u>品川〇〇〇は〇〇〇〇</u> 〕 ② 駐車・送迎 <input checked="" type="checkbox"/> 駐車場必要 敷地内まで送迎 会場付近(敷地の外)まで送迎	
<input checked="" type="checkbox"/>	介助者の同行 ※会場の都合により、介助者の待機場所は、試験教室前の廊下等となる場合があります。 ① 介助者〔 氏名: <u>連合会 太郎</u> 続柄: <u>父</u> 〕 ② 介助者の当日の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 会場内で待機する <input type="checkbox"/> 会場内で待機しない(行き帰りの送迎のみ等) ③ 介助内容〔 <u>拡大読書器の設置など</u> 〕	
各種傷病	<input type="checkbox"/>	試験時間中の服薬 ⇒ 薬の種類 <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> その他〔 〕
	<input type="checkbox"/>	タオルの持参使用
	<input type="checkbox"/>	1階又はエレベーターのある建物での受験
	<input type="checkbox"/>	洋式トイレに近い試験室での受験
妊娠中 ※「1枚目(6)分妊予定日」を必ず記入してください。	<input type="checkbox"/>	机と椅子が固定式でない座席への配席
	<input type="checkbox"/>	1階又はエレベーターのある建物での受験
【特筆事項】その他特筆すべき事項がある場合は、この欄に具体的に記入してください(本人以外を本件に関する連絡先とする場合など)。		
・持参する拡大読書器の寸法確認用に、パンフレットの写しを添付します。机の大きさについても配慮をお願いします。 ・本件に関する連絡先: 父(携帯: 090-1234-567)		

(8) 添付書類

※本申請書に添付する書類を以下から選択し、チェック欄に✓を付けてください。

※医師の診断書について、写しの場合必要に応じ原本の提出を求める場合があります。

- 医師の診断書またはその写し(申込前3か月以内発行のもの) 身体障害者手帳の写し
 精神障害者保健福祉手帳の写し 特定医療費(指定難病)受給者証又は特定疾病療養受療証の写し
 自立支援医療(費)受給者証の写し 母子健康手帳の写し
 持ち込みを希望する物品の写真資料